FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1918-1919 — 2e Série — N° 112

PERFORATION DU VAGIN

PAR

MANŒUVRE ABORTIVE

ET

HÉMATOME SUPPURÉ DE LA GAINE HYPOGASTRIQUE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 3 Février 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Henri-Charles-Jean-Marie-Léon LORFEUVRE

Né à Ménéac (Morbihan), le 3 novembre 1891.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEISS	professeur...	*Président.*
FRŒLICH	professeur ..	*Juges.*
MICHEL	agrégé.....	
FRUHINSHOLZ	agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1918-1919 — 2e SÉRIE — N° 112

PERFORATION DU VAGIN

PAR

MANŒUVRE ABORTIVE

ET

HÉMATOME SUPPURÉ DE LA GAINE HYPOGASTRIQUE

THÈSE

Presentée et soutenue publiquement le Mardi 3 Février 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Henri-Charles-Jean-Marie-Léon LORFEUVRE

Né à Ménéac (Morbihan), le 3 novembre 1891.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEISS	professeur...	*Président.*
FROELICH	professeur ..	*Juges.*
MICHEL	agrégé.....	
FRUHINSHOLZ	agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. E. MEYER, ✲, I ✪.
Assesseur : M. WEISS, O ✲, I ✪.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✲, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS ✲ , ✪, NICOLAS, ✲, ✪, PRENANT, ✲, I ✪.
F. GROSS, O ✲, I ✪, M. CHRÉTIEN, I ✪, HERRGOTT, ✲, I ✪.

Professeurs.

Clinique chirurgicale	M. WEISS, O ✲, I ✪.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ✪.
Hygiène	M. MAGÉ, I ✪.
Physiologie	M. E. MEYER, ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. SIMON, I ✪.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ✪.
Médecine légale	M. P. PARISOT, ✲, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, ✲, I ✪.
Anatomie pathologique	M. HOCHE, ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. ETIENNE, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. VAUTRIN, ✲, I ✪.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. SPILLMANN, ✲, I ✪.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FRŒLICH, ✲, I ✪.
Physique médicale	M. LAMBERT, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. N.
Histologie	M. N.
Anatomie descriptive	M. N.

Professeurs-adjoints.

Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES, ✲, I ✪.
Clinique des voies urinaires	M. ANDRÉ, ✲, I ✪.

Chargés de Cours complémentaires.

Médecine opératoire	M. MICHEL, I ✪, agrégé.
Clinique Chirurgicale élémentaire (1)	M. MICHEL, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, I ✪.
Clinique des maladies des vieillards	M. RICHON, ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie interne	M. RICHON, ✲, I ✪, agrégé.
Accouchements	M. FRUHINSHOLZ, ✲, I ✪, agrégé.
Clinique des Maladies tuberculeuses (1)	M. PERRIN, I ✪, agrégé.
Thérapeutique	M. PERRIN, I ✪, agrégé.
Clinique des Maladies tuberculeuses (1)	M. J. PARISOT, ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	M. J. PARISOT, ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie externe	M. BINET, I ✪, agrégé.
Clinique Médicale élémentaire (1)	M. N....
Clinique d'électrothérapie	M. N....

Agrégés en exercice

MM. MICHEL, I ✪.	MM. ROBERT, I ✪.	MM. THIRY, ✲, I ✪.
RICHON, ✲, I ✪.	BUSQUET, I ✪.	FAIRISE, I. A ✪.
G. GROSS, ✲, I ✪.	LUCIEN, ✲, I ✪.	J. PARISOT, ✲, I ✪.
FRUHINSHOLZ, ✲, I ✪.	BINET, I ✪.	
COLLIN, I ✪.	PERRIN, I ✪.	

Agrégés libres

MM. REMY, A ✪, FÉVRIER, G O ✲, I ✪.

M. H. COIFFARD, I ✪, Secrétaire.
M. LAMBERT des CILLEULS, ✲, Ⓜ, I ✪, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MES FRERES ET SŒURS

A MA FEMME

A LA FAMILLE BADIE

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS,

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE,

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

A tous mes Maîtres de l'Ecole de Médecine
et des Hôpitaux de Nantes

A mon Jury de Thèse.

INTRODUCTION

Les femmes désireuses de se débarrasser d'une grossesse inopportune ont de plus en plus recours, de nos jours, aux manœuvres abortives.

Parmi celles-ci, les plus souvent choisies sont celles que, dans un but parfaitement légitimé, des travaux scientifiques nombreux ont mises au point. Nous voulons parler de la ponction et du décollement de l'œuf, opérations de pratique journalière chez les professionnelles de l'avortement et parfaitement connues du vulgaire.

L'injection intra-utérine semble préférée aux divers instruments à ponction. Le moyen est sûr, facile à exécuter, même par la femme seule, soit qu'elle s'aide d'un spéculum, ou se serve de ses doigts comme conducteurs, soit qu'elle cherche à repérer son col, accroupie au-dessus ou devant une glace.

Citons le Professeur Gibert, dans son « Traité de Médecine légale » :

« On fabrique maintenant des canules destinées spécialement à ce procédé d'avortement, nous en

avons vues de très longues, effilées à leur extrémité libre, lesquelles étaient garmes, à quelques centimètres de leur pointe mousse d'un disque qui en limitait la pénétration. On vend sans grand mystère, sous le nom de canule anglaise, un instrument composé d'une poire de caoutchouc, munie d'une fine et longue canule en os. Des brochures répandues par des propagateurs de l'idée malthusienne enseignent avec figures anatomiques à l'appui, la manière d'employer efficacement cet instrument que certaines femmes savent manœuvrer pour « s'opérer elles-mêmes ».

Une mauvaise compréhension de la technique indiquée, une maladresse jointe à une trop grande brusquerie dans l'exécution, peuvent être cause d'une fausse route de l'instrument, et faire que l'effet souhaité soit remplacé par un accident d'allure plus ou moins inquiétante, et d'une interprétation d'autant plus embarrassante pour le médecin que les renseignements lui manquent ou sont dénaturés volontairement par la malade et que les traces du traumatisme sont nulles ou imperceptibles.

A propos d'une malade observée dans le service de M. le Professeur Weiss, et dont l'observation nous a été communiquée aimablement par M. le Docteur Hamant, chef de clinique, nous désirons étudier une de ces fausses routes au cours de manœuvres abortives : la perforation du cul-de-sac latéral du vagin, une de ses conséquences, l'hématome et la suppuration de la gaîne hypogastrique ; nous verrons, par cette intéressante observation, combien il faut penser à cette complication et avec quelles difficultés on

arrive au diagnostic ; nous essaierons de dégager l'influence de l'évolution de la lésion sur celle de la grossesse et réciproquement l'influence de la grossesse sur l'évolution de la lésion.

Quelques observations complémentaires ayant trait à des suppurations de la gaîne hypogastrique d'origine traumatique appuieront nos dires.

Nous regrettons n'avoir pu trouver dans la littérature des cas identiques à celui que nous rapportons.

Sans doute les observations recueillies n'en ont-elles pas été publiées.

HISTORIQUE

Les perforations du vagin au cours du travail et de l'accouchement sont étudiées dans les thèses de Grépat (Paris, 1834), Ardouin (Paris, 1883), Morel (Paris, 1897).

Dans la *Semaine Médicale* de juin 1895, Tuffier et Lévi consacrent un article détaillé à l'étude des hématomes, thrombus et déchirures de la vulve et du vagin.

Concernant les perforations par manœuvres abortives, la littérature médico-chirurgicale ne relate que des cas de déchirures vaginales avec mutilations étendues, telles les observations citées par Tardieu, P. Dubois et Devergie.

Mentionnons l'étude de Martel : « Perforations du vagin à la suite de manœuvres faites en ville » (*Archives de Tocologie*, 1877).

D'autre part, l'essai de classification et l'étude séparée des diverses suppurations pelviennes remonte à 1860, époque à laquelle Monat « fait du tissu cellulaire, le quartier général de toutes les maladies inflammatoires du bassin chez la femme ».

En 1862, Bernutz et Goupil étudient le phlegmon du ligament large dans leurs leçons cliniques et les *Archives de Tocologie.*

Virchow, à la même époque, appelle paramétrite, les inflammations du tissu conjonctif lâche et graisseux qui entoure la partie supérieure du vagin et le col, forme la base du ligament large, future gaîne hypogastrique.

. .Après lui, Mégrat, Richard (1868), Lallement (1881), Duplay (1881), Charpy, étudient séparément l'inflammation ou le phlegmon du ligament large et les inflammations circumutérines proprement dites.

Enfin, le volume de P. Delbet : « Des suppurations pelviennes chez la femme » (1891), résume l'histoire de ces affections, et c'est à cette source que nous avons le plus puisé.

Mais le phlegmon de la gaîne hypogastrique, l'hématome suppuré de la gaîne, encore appelé hématocèle extra-péritonéale, y sont traités, plutôt comme complications des interventions obstétricales, ou autres, des troubles de la menstruation, que comme conséquences des traumatismes de la région.

Les seuls traumatismes signalés par Delbet, susceptibles d'amener une inflammation de la gaîne hypogastrique sont des lésions du col et du vagin, et encore ces traumatismes sont-ils souvent accompagnés de causes d'infection.

Nous reproduisons d'ailleurs plus loin deux observations où une intervention sur le col et un carcinome de même siège ont déterminé un phlegmon de la gaîne.

ANATOMIE CHIRURGICALE

Nous commencerons par un exposé succinct de l'anatomie régionale.

Au-dessus du dôme vaginal, correspondant aux culs-de-sac latéraux du vagin, les traités d'anatomie décrivent, formant la base du ligament large, une loge limitée en arrière par l'aponévrose sacro-recto-génitale, en avant par la partie postérieure et inférieure de l'aponévrose ombilico-vésicale, en haut par la rencontre de ces feuillets, et en bas par l'aponévrose périnéale supérieure.

Cette loge correspond en dehors à l'échancrure sciatique, en dedans au col de l'utérus, au dôme vaginal, à la vessie et au tissu cellulaire qui entoure ces organes.

C'est l'ancien paramétrium des gynécologistes qui contient l'artère et les veines hypogastriques, leurs branches pelviennes, des lymphatiques, des ganglions, des nerfs nombreux et l'uretère.

Comme le fait remarquer Jarjavay, les vaisseaux

et nerfs ne percent pas les aponévroses du bassin, mais en sont couverts.

La toile aponévrotique recouvre l'hypogastrique et ses branches pelviennes, les accompagne jusqu'à leur terminaison, en les appliquant contre la paroi pelvienne.

La loge communique avec la fesse par l'échancrure sciatique, lieu de sortie des branches extra pelviennes de l'artère.

En haut et en dehors, elle communique avec la fosse iliaque interne, le long de l'hypogastrique.

Le tissu cellulaire de la loge se continue avec le tissu conjonctif sous-péritonéal qui recouvre l'aponévrose périnéale supérieure, les faces latérales de la vessie, la paroi abdominale et la fosse iliaque.

Ajoutons que les lymphatiques de la loge forment un groupe différent de ceux du ligament large. Provenant du col et du vagin, ils se rendent à des ganglions situés sur la paroi pelvienne.

En résumé et pour conclure, la région forme un système absolument différencié au point de vue anatomique. Successivement appelée paramétrium, base du ligament large, gaîne vasculaire des organes du petit bassin, devenue la gaîne hypogastrique de Delbet, elle possède aussi sa pathologie propre.

ETIOLOGIE, ANATOMIE, PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Nous avons envisagé dans notre Introduction, le mécanisme de la perforation et dit qu'elle était provoquée par une canule très effilée.

Nous n'insisterons pas sur la perforation elle-même. Faite avec un objet très pointu, elle laisse un orifice très étroit, pouvant passer inaperçu, marqué seulement par un caillot.

La situation de cet orifice dépend du point d'application de l'instrument. Le trajet de la perforation, sa profondeur, les tissus lésés varient avec la brutalité du traumatisme et la facilité de pénétration de l'instrument.

Notre malade enfonça au hasard sa canule dans le vagin et appuya de toutes ses forces, nous dit l'observation.

Ces perforations sont en tout point semblables à celles qu'occasionnent les blessures ordinaires de la région, et leur connaissance est facilement déduite de celle de l'anatomie régionale.

Il est normal que la pénétration d'un corps étranger dans cette région éminemment vascularisée à l'état normal, hypervascularisée du fait de l'état de grossesse, déchire des vaisseaux sanguins, quelques-unes ou une seulement des branches de l'hypogastrique dont nous venons de parler.

La laxité du tissu conjonctif de la gaîne permet au sang épanché de le distendre, de remplir la loge, tout en écartant et comprimant les vaisseaux, les nerfs, les organes qui la traversent.

L'étroitesse de l'orifice de pénétration empêche ou réduit l'hémorragie externe et favorise l'accumulation du sang sous tension dans la poche.

L'observation qui fait le fond de notre travail confirme nettement ces faits. Le 15 avril, jour de l'accident, aucune trace d'hémorragie externe ne se manifesta, et c'est seulement le 27 avril, que la malade accuse l'apparition de quelques pertes sanguinolentes (Voir Observation III).

L'hématome constitué, le liquide épanché tend à s'infiltrer dans la direction des artères pelviennes, en suivant les prolongements du tissu conjonctif, que nous connaissons, tandis que s'organisent les caillots dans la poche.

L'infection, apportée de l'extérieur avec l'instrument plus ou moins septique provocateur, se développe, favorisée par les conditions suivantes :

1° Les germes septiques, streptocoques ou autres, rencontrent un terrain tout préparé, milieu de culture de premier ordre, le sang coagulé.

2° Les tissus eux-mêmes, déchirés par le trauma-

tisme, irrités par le liquide caustique injecté (vinaigre, dans le cas qui nous occupe), mal irrigués du fait de la compression des vaisseaux dans la poche par le liquide épanché lui-même, ont tendance à se sphacéler et contribuent ainsi au développement microbien.

3° Enfin, la présence de ces germes dans une cavité close augmente encore leur virulence.

Les caillots deviennent sanieux, mal odorants, fétides, nageant dans une sérosité poisseuse, jaunâtre, d'odeur infecte, comme nous le montre notre observation.

Le tissu cellulaire s'infiltre de nombreux éléments embryonnaires, les capillaires dilatés laissent exsuder du plasma avec des leucocytes.

Il se produit un processus inflammatoire comparé à celui de l'érysipèle. On distingue des formes subaiguës, aiguës, suraiguës, où le pus n'a pas le temps de se constituer.

Dans la forme aiguë, celle que nous étudions et qui réalise le phlegmon banal de la gaîne, décrit par les auteurs, les mailles du tissu conjonctif sont écartées, gorgées de liquide jaune brun et de petites cellules pouvant être vues au microscope.

La suppuration n'est pas fatale ; l'exsudat peut se résorber et le phlegmon guérir sans suppuration.

Quand la suppuration doit se produire, les masses infiltrées se troublent, deviennent opaques, blanchâtres, purulentes.

Il peut se former de petits foyers purulents isolés, ou bien le pus ne forme qu'une seule poche, comme dans le tableau décrit dans notre Observation I.

On rencontre du pus crémeux, louable ou bien grumeleux, d'odeur bonne ou franchement infecte.

A l'ouverture de la tumeur, lisons-nous dans l'Observation II, il s'écoule d'abord un sérum floconneux, jaunâtre, puis gris-jaune, ensuite du pus, voire des particules osseuses dues à la nécrose des os du bassin.

Il peut se développer des gaz dans la poche.

Celle-ci est de forme et de structure variables. Elle peut être, d'après les documents réunis par P. Delbet, anfractueuse, à diverticule se vidant mal. Citons un cas de Dudley (*Chicago Médical Journal and examination,* juin 1885), concernant un abcès ouvert dans le vagin. L'abcès est cloisonné. Le pus se forme par foyers séparés, au milieu des branches artérielles et veineuses.

Les parois de la poche peuvent être couvertes de fongosités épaisses. On cite des abcès à paroi souple, s'étendant avec rapidité ; d'autres à parois excessivement épaisses, circonscrivant de toutes petites cavités remplies de pus.

Ajoutons que la cavité peut être traversée par des colonnes qui contiennent les vaisseaux, branches vésicales et vaginales de l'hypogastrique, ou même les vaisseaux iliaques comme nous le verrons, et que ces vaisseaux peuvent baigner dans le pus.

Telle est l'anatomie pathologique de l'abcès ou du phlegmon de la gaîne hypogastrique, que son origine soit utérine, traumatique ou indéterminée.

Evolution.

Il nous reste à étudier l'évolution et la migration du pus.

Les fusées purulentes suivent encore les artères, et le pus tend à faire issue dans les organes auxquels se rendent les vaisseaux, ou à l'extérieur, selon la direction suivie, selon le prolongement de la gaîne vasculaire emprunté.

Mentionnons ces divers prolongements susceptibles d'être suivis par le pus, qui ne demandent pas d'explications et que nous reproduisons d'après P. Delbet :

1° Du côté des viscères.

Prolongement rectal.
Prolongement vésical.
Prolongement vaginal.
Prolongement utérin.

2° En dehors du petit bassin.

Prolongement abdominal antérieur.
Prolongement crural antérieur.
Prolongement crural interne (trou obturateur).
Prolongement fessier (échancrure sciatique).

Rarement le pus traverse l'aponévrose périnéale supérieure, le releveur de l'anus et la fosse ischio-rectale.

Enfin, il peut faire irruption dans la cavité péritonéale.

Disons que la propagation la plus habituelle semble se faire dans la fosse iliaque et l'ouverture la plus fréquente dans le vagin, indépendamment de la perforation préexistante.

Cette dernière favorise l'ouverture spontanée de la collection au point traumatisé, dans l'utérus (Observation I), dans le vagin (Observation III).

COMPLICATIONS

Nous envisagerons les complications immédiates et les conséquences éloignées.

1° Complications immédiates ou rapprochées.

Il peut se produire des ulcérations vasculaires comme dans les autres suppurations pelviennes où elles ont été signalées. Delbet en cite deux cas. Dans l'un, l'ulcération de l'iliaque externe est consécutive à un phlegmon de la gaîne hypogastrique propagé à la fosse iliaque ; dans l'autre, il s'agit de l'ulcération de l'artère utérine.

L'uretère peut être comprimé par la tuméfaction et le résultat être la rétention d'urine ou le développement d'une pyélite.

L'inflammation et la suppuration peuvent gagner le péritoine de proche en proche, par continuité ou par les lymphotiques, ou bien le pus peut faire irruption brusque par ouverture spontanée dans la séreuse. Les

deux processus occasionnent une péritonite généralisée ou une pelvi-péritonite.

2° Conséquences éloignées.

Citons les fistules diverses et plus ou moins tenaces, pouvant succéder à l'ouverture spontanée de l'abcès à la peau ou dans un organe de voisinage.

Les abcès guéris laissent le plus souvent des lésions permanentes, des cicatrices indélébiles.

Ces cicatrices se manifestent par des brides saillantes, allant de l'utérus à la paroi pelvienne. Leur rétraction explique les déviations utérines qu'elles sont susceptibles d'occasionner (West : Leçons sur les maladies des femmes, p. 483).

Si le rectum est intéressé par ce tissu cicatriciel, il en résulte de la gêne dans la défécation, voire de l'obstruction.

Que l'uretère soit enserré dans un noyau fibreux, nous pourrons avoir de la rétention ou de la pyélite : complications observées.

Enfin, ces noyaux cicatriciels sont susceptibles par la compression des nerfs qu'ils entourent, de causer des douleurs pénibles et tenaces, d'ordre névralgique (Delbet).

SYMPTOMATOLOGIE

Nous étudierons les symptômes successivement aux trois époques de l'évolution de la lésion :

1° Epoque de la perforation et de la constitution de l'hématome ;

2° Epoque de la suppuration ;

3° Epoque des migrations du pus.

Perforation et constitution de l'hématome.

Ce qui caractérise cette époque, c'est le début tragique des accidents qui accompagnent la perforation et que traduit bien l'observation : « La douleur apparut si brusque et si intense que la malade arracha l'instrument et, en proie à une souffrance très vive, couverte de sueurs, angoissée à l'extrême, se coucha. Elle fut trouvée quelques heures plus tard, améliorée, mais encore fort souffrante ».

Le symptôme dominant, c'est la douleur. Elle est brusque, atroce, paroxystique, syncopale, angoissante.

Généralisée à tout l'abdomen, elle est cependant plus vive dans le bas-ventre et dans la fosse iliaque correspondant au côté de la perforation.

L'altération de l'état général est frappante. Le visage se couvre de sueurs, le pouls est petit, rapide, la respiration pénible et accélérée, l'angoisse vive.

Ces symptômes sont dus en partie au traumatisme lui-même, à la destruction des fibres du plexus nerveux, à leur irritation par le vinaigre injecté, mais ils sont aussi la manifestation de la rapidté de l'épanchement sanguin et de la compression consécutive des filets nerveux. Ce sont des signes d'irradiations de la douleur ou des symptômes de shock.

Examen.

La palpation de l'abdomen révèle de la défense de la paroi, de la contracture des muscles droits de l'abdomen.

Le toucher permettrait de percevoir un empâtement dur et douloureux du cul-de-sac vaginal correspondant, — le cul-de-sac latéral droit dans le cas que nous étudions, — qu'on ne peut soulever avec le doigt. Le col utérin est repoussé du côté opposé. La tuméfaction est accolée au col, on ne perçoit pas le moindre sillon.

L'examen au spéculum découvrirait l'orifice de perforation, les quelques traces de l'hémorragie externe, se réduisant à un caillot faisant issue par cet orifice.

Le stylet, introduit dans ce dernier explorerait le trajet.

La température est normale ou très peu élevée.

2° Epoque de la suppuration.

A ce stade, les symptômes généraux sont ceux de la paramétrite, du phlegmon, de la gaîne hypogastrique bien décrit par les auteurs.

Après un léger amendement des symptômes initiaux, la température apparaît de bonne heure, tandis que se développe l'infection de la poche sanguine. Elle monte jusqu'à 39°-39°5, s'y maintient le soir, avec une légère rémission le matin.

Au bout de quelques jours, la fièvre disparaît, s'il se produit la résolution.

Au contraire, au bout d'une dizaine de jours, alors que tous les signes alarmants semblent avoir disparu surtout si un traitement d'attente (diète, application de glace loco-dolenti, injections et lavements opiacés) a été appliqué, si la température remonte et qu'apparaissent les grandes oscillations, du pus s'est formé dans la poche, et la courbe ne baissera que lorsqu'il se sera créé une issue au dehors ou dans un organe voisin.

Le pouls, fréquent, 110, 120, reste généralement bien frappé.

L'aspect de la malade est variable. La figure est rouge, le teint plus ou moins animé ; ou bien le faciès devient blafard, en même temps que la respiration s'accélère, que le pouls devient petit et misérable, la

température restant très élevée, l'asthénie profonde. C'est le tableau de notre malade à son entrée dans le service de M. le Professeur Weiss, 14 jours après le début des accidents.

La douleur, moins vive qu'au début, persiste, se localise mieux à la fosse iliaque : douleur profonde, pongitive, comparée à celle du panaris.

Les irradiations varient. Elles peuvent se faire au membre inférieur, suivre le trajet du sciatique, occuper la région obturatrice, se généraliser à tout l'abdomen, comme chez nos malades des Observations I et III.

On peut noter de la constipation du ténesme vésical.

Les vomissements, la diarrhée ne sont pas exceptionnels.

Examen.

La palpation de l'abdomen révèle la disparition de la contracture des droits. Le ventre est souple et se laisse déprimer, mais la douleur persiste à la pression profonde, qui permet de percevoir un empâtement de la région hypogastrique, une tuméfaction parallèle au ligament large, se prolongeant dans la fosse iliaque interne.

Tous ces détails sont notés dans nos trois Observations.

Au toucher, on trouve que le vagin est chaud, œdémateux, douloureux.

Le Douglas est libre, de même le cul-de-sac latéral gauche.

Le doigt rencontre une tumeur dépassant le cul-de-sac latéral droit du vagin, bombant fortement, accolé au col et à l'utérus, très fixée, fluctuante.

Le doigt qui cherche à la déplacer détermine des douleurs dans l'hypogastre.

Le col est gros, déplacé, en sens opposé à la tuméfaction, mais ne laisse écouler qu'un mucus épais et adhérent.

Le palper combiné au toucher permet de sentir que la tuméfaction pâteuse, presque molle, se prolonge jusqu'à la paroi pelvienne.

Tantôt elle se prolonge surtout en avant, tantôt en arrière, plus facilement décelable alors par le toucher rectal.

« Le doigt explorateur ramène des caillots sanguins d'odeur infecte, en même temps que s'écoule une sérosité poisseuse, jaunâtre, très fétide » (Observation III).

L'examen au spéculum montre l'orifice, à deux centimètres à droite du col dans le cas observé par M. le Professeur Weiss, régulier, circulaire, bordé d'une zône blanchâtre.

Par la pression abdominale, on fait sortir par cet orifice, de la sérosité mélangée à du pus et à des caillots d'odeur plus ou moins fétide.

Un stylet introduit dans la poche, nous renseigne sur sa profondeur, sur l'indépendance de l'utérus plus ou moins dévié, sur la non-perforation du péritoine.

3° Epoque des migrations du pus.

Le pus collecté en foyer ne peut plus être résorbé et il doit se faire jour à l'extérieur comme nous l'avons vu plus haut.

Avant l'ulcération et la perforation, on peut déjà, par la constatation de l'empâtement, de la mollesse et de la fluctuation de la région de propagation du pus : paroi vaginale, fosse iliaque, fesse, soupçonner où se fera l'ouverture spontanée. La douleur localisée aide au diagnostic.

A moins que cette ouverture spontanée ne se fasse dans le péritoine, elle est suivie d'un amendement des symptômes, sinon de la guérison. La température tombe, l'état général s'améliore.

A ce moment, la constatation de l'issue du pus à la peau, ou dans un organe de voisinage : vagin, vessie, rectum, est le signe dominant.

La suppuration persiste plus ou moins longtemps, avec une abondance variable.

L'irruption du pus dans la cavité péritonéale donne naissance aux symptômes de la péritonite consécutive.

Ajoutons que la migration vaginale du pus est l'évolution logique du phlegmon d'origine abortive et se borne à l'agrandissement de l'orifice de perforation.

DIAGNOSTIC

La constatation des symptômes que nous venons d'étudier permet de porter le diagnostic. Les erreurs possibles seront évitées si l'on a soin de recourir à la palpation combinée au toucher, à l'examen au spéculum, à l'exploration au stylet.

Le diagnostic énoncé est le résultat d'un examen incomplet,ou des renseignements faux fournis par la malade. Rappelons que la femme dont nous rapportons l'Observation entra à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite et de fausse-couche consécutive.

Nous envisagerons les principales erreurs susceptibles d'être commises, leurs causes et les moyens de les éviter.

1° Péritonite.

Dès le début, en présence du caractère atroce de la douleur, de la défense de la paroi, de la rapidité et de la petitesse du pouls, des sueurs, de l'angoisse, de

l'altération de l'état général de l'aspect vraiment tragique des accidents initiaux, on ne peut s'empêcher de porter le diagnostic de péritonite par perforation si l'on soupçonne ou constate le traumatisme, d'origine appendiculaire, voire de cause indéterminée si l'on ignore les antécédents.

Cependant la douleur se calme assez vite, se localise très tôt, et surtout l'état général redevient vite meilleur.

Ce n'est que lentement, en plusieurs jours, que s'installe la fièvre, parallèlement à l'évolution de l'infection.

Les vomissements, le météorisme sont rares et non caractéristiques. Rien ne rappelle l'évolution de la péritonite généralisée.

Nous ferons plus loin l'élimination de la pelvi-péritonite.

Répétons que la cause de ces symptômes de pseudo-perforation péritonéale trouvent leur explication dans l'irritation, la section, la compression brutale des nombreux filets nerveux sensitifs et sympathiques de la région.

La douleur violente s'irradie à tout l'abdomen, et, soit par voie réflexe, soit par le mécanisme de l'inhibition, détermine dans l'organisme cet état grave, analogue à l'état de shock, et pouvant prêter à confusion avec une atteinte du péritoine.

A la période de suppuration, la confusion avec la péritonite est encore souvent inévitable. La preuve en est fournie par notre Observation I, empruntée à A. Guérin.

La femme mourut avec tous les symptômes de péritonite généralisée, et l'autopsie fut une surprise, montrant que le tissu cellulaire seul était infiltré de pus.

Nous montrerons en traitant des suppurations pelviennes en général, les détails qui permettent le diagnostic.

2° Appendicite.

a) On peut confondre la perforation vaginale et l'hématome consécutif avec une crise d'appendicite aiguë.

Ici encore, ce sont la douleur vive dans la fosse iliaque, les phénomènes pseudo-péritonéaux qui attirent l'attention du côté de l'appendice, il nous suffit de relire l'Observation III, pour en être convaincu.

La recherche de la localisation exacte de la douleur au point, de Mac Burney, l'absence de vomissements, l'évolution différente évitent la confusion : la température, d'emblée élevée dans l'appendicite, ne monte que lentement dans l'hématome qui suppure.

Enfin, l'examen local, le toucher, le spéculum trancheraient le diagnostic.

b) Au stade de propagation de la suppuration à la fosse iliaque, l'empâtement peut être pris pour un plastron, un gâteau péri appendiculaire, d'autant plus que les symptômes généraux poussent à la méprise.

C'est encore la délimitation exacte de la tuméfaction, le toucher, l'examen au spéculum et au stylet qui lèveront la difficulté.

L'essentiel est de penser à l'origine abortive et traumatique de l'affection, si on a affaire à une femme qui accuse un retard de ses règles, et présente des pertes suspectes.

c) Il n'est pas jusqu'à la présence du pus dans le vagin qui ne puisse faire penser à un abcès appendiculaire ouvert dans cet organe.

Les caractères de l'orifice régulier, cicatriciel, la présence de caillots putrides, au milieu du pus en disent assez sur l'origine de l'inflammation.

3° Fausse-couche.

Si on soupçonne une interruption de grossesse et que l'on constate un écoulement sanguin par le vagin, la gravité des symptômes fera penser à l'origine volontaire et traumatique de l'avortement.

a) Une fausse-couche banale ne se produit pas avec autant de fracas.

On y note des contractions utérines, des douleurs caractéristiques de ces contractions, mais pas de symptômes péritonéaux.

b) De même que nous avons éliminé l'appendicite, nous écarterons pour les mêmes raisons l'idée d'une fausse-couche consécutive à une poussée appendiculaire.

c) La difficulté serait plus grande s'il y avait coïncidence de l'avortement et de l'hématome hypogas-

trique et l'enchevêtrement des symptômes pourrait être cause d'une mauvaise interprétation des faits.

4° Suppurations pelviennes en général.

C'est surtout arrivé au stade de la suppuration, que l'hématome de la gaîne hypogastrique est à distinguer des diverses suppurations pelviennes.

Avec Delbet, nous rangerons les affections pelviennes à symptômes généraux rappelant ceux que nous avons décrits en deux groupes :

Les affections intra-péritonéales, comprenant les pelvi-péritonites, les hématocèles, les péri-salpingites.

Les affections extra-péritonéales, comprenant les lymphangites, phlegmons et hématomes du tissu cellulaire.

..Le mode de début de ces diverses affections ne permet souvent de rien conclure.

Il faut rechercher minutieusement si le péritoine est atteint.

Les signes qui plaident pour la péritonite sont tirés de l'état de l'abdomen et de l'état du pouls.

L'abdomen est ballonné, un léger attouchement de la paroi augmente la douleur, tandis que le ventre reste le plus souvent souple et qu'il est nécessaire d'exercer une palpation profonde, pour réveiller la douleur si le péritoine est intact.

Le pouls plein est en faveur du phlegmon.

Celui de la péritonite généralisée ou de la pelvi-

péritonite devient petit, filiforme, irrégulier, d'une fréquence discordant avec la température qui reste aux environs de 38°5-39°.

Les vomissements indiquent plutôt la péritonite.

Mais ce sont le toucher et l'examen bimanuel qui confirment le diagnostic.

L'empâtement de la paroi et des culs-de-sac latéraux du vagin est un signe de phlegmon de la gaîne hypogastrique.

Une tuméfaction nettement postérieure, proéminant dans le cul-de-sac postérieur, repoussant l'utérus en avant, n'est pas un phlegmon (Delbet) ; c'est un hématocèle ou une pelvi-péritonite.

Cette dernière est accompagnée de symptômes généraux graves de péritonite persistant plus longtemps que dans l'hématome traumatique ; elle laisse des adhérences, donne l'impression au toucher d'une poche qui s'enkyste dans le Douglas.

La caractéristique des hématomes et des phlegmons de la gaîne, c'est leur situation dans le cul-de-sac latéral, leur adhérence à l'utérus et au pelvis, leur immobilité, leur fixité (voir Observation III).

La tuméfaction de la salpingite est plus haut et plus profondément située ; la paroi vaginale n'est pas atteinte, il existe un sillon entre l'utérus et la masse inflammatoire annexielle.

Enfin, il faut toujours tenir compte de l'évolution, quand il s'agit de diagnostiquer une suppuration pelvienne ; ne pas hésiter à recourir au spéculum pour se rendre compte de visu de l'état du vagin et du col.

Cette nécessité de recourir à un examen complet est encore plus rigoureuse pour préciser l'origine et le point de départ d'une collection ouverte spontanément à la peau ou dans un organe pelvien et n'ayant pas été diagnostiqué jusque là.

PRONOSTIC

Nous serons bref sur le pronostic des suppurations pelviennes en général, il dépend de trop nombreux facteurs pour être précisé.

Voici quelques données empruntées au livre de P. Delbet :

A la suite de l'évacuation du pus, les symptômes s'amendent en général, mais l'amélioration peut être transitoire et des accidents mortels peuvent survenir.

La mort peut être le terme d'une péritonite généralisée par perforation, par propagation, pelvi-péritonite si des adhérences ont eu le temps de se former et protègent la grande cavité péritonéale.

Delbet cite trois cas de mort par péritonite.

L'ouverture vaginale semble plus favorable. La guérison la plus rapide s'est faite en dix jours.

Sur trente ouvertures spontanées par cette voie, on ne compte que neuf morts. Deux fois l'abcès est resté fistuleux. La moyenne des cas guérit en 25 jours, quelques-uns au bout de six semaines seulement.

Il est des cas où la guérison a nécessité une contr'ouverture ou des ouvertures multiples.

Les ouvertures spontanées dans le rectum, la vessie, sont plus rares, plus graves. Elles se compliquent plus souvent de mort, de fistules, de séquelles variables.

Ces notions générales sur le pronostic des phlegmons pelviens nous aideront à interpréter l'évolution et le pronostic de l'hématome suppuré de la gaîne hypogastrique d'origine abortive, étudié dans l'Observation III.

Nous suivrons d'abord l'évolution de la grossesse, et ensuite nous verrons quel est le pronostic de la lésion du fait de la grossesse.

Evolution de la grossesse.

On lit dans les Traités d'Obstétrique, entr'autres dans celui de Ternier et Budin, et de nombreuses observations en font foi :

1° Que les traumatismes simples, même quand ils sont considérables, peuvent ne pas être suivis d'avortement : de nombreux exemples en sont cités, même de plaies pénétrantes.

2° Que les traumatismes portant sur la zône génitale exposent davantage aux hémorragies et à l'expulsion prématurée du produit de la conception.

3° Que les complications infectieuses, phlegmons, lymphangite de ces traumatismes sont encore plus souvent suivies d'avortement ; mais ici encore des exceptions sont fréquentes.

4° Qu'il faut tenir compte de l'âge de la grossesse : l'avortement serait plus fréquent au troisième et au

quatrième mois, un peu moins du quatrième au septième et l'accouchement prématuré presque la règle à partir du huitième.

Ces données ne nous permettent aucune conclusion précise et ferme, au sujet de l'avenir de la grossesse compliquée de traumatisme.

La grossesse n'est pas fatalement compromise du fait du traumatisme ni de l'infection qui le complique.

« Il faut s'efforcer d'éloigner toute complication inflammatoire par la pratique de l'antisepsie » (Tarnier et Budin).

L'Observation III confirme le bien-fondé de cette sage conduite, puisqu'en dépit d'une complication inflammatoire intense d'un traumatisme intéressant les organes génitaux, région la plus dangereuse, la grossesse a continué normalement son évolution.

La femme fut suivie pendant les premiers mois de la grossesse et tous les signes de probabilité, puis de certitude apparurent, tandis que le volume de l'utérin augmentait régulièrement.

Il fallut un nouveau traumatisme pour précipiter les choses et provoquer l'accouchement prématuré d'un enfant viable, comme le prouvent les faits consignés dans l'Observation.

Pronostic de la lésion du fait de la grossesse.

Nous avons dit que l'hyperhémie de la région pelvienne, au cours de la grossesse, favorisait le développement de l'hématome.

Nous avons vu d'autre part que les suppurations pelviennes sont le plus souvent longues à se tarir, en dépit du traitement le mieux conduit, et que des fistules, des cicatrices ou autres séquelles persistaient longtemps, sinon indéfiniment à la lésion primitive.

Dans le cas étudié et traité par M. le Professeur Weiss et le Docteur Hamant, il suffit d'un mois pour que l'empâtement ne soit plus perceptible et qu'il soit impossible de trouver la moindre trace vaginale de la perforation.

Il est logique de penser et de supposer que l'état de grossesse et les modifications que subit l'organisme sous son influence aient leur part dans cette rapidité d'évolution de la suppuration et de la cicatrisation.

L'hyperhémie pelvienne, par la plus grande quantité de sang circulant dans la région, favoriserait en effet l'émigration leucocytaire, permettrait un apport plus considérable des substances de défense élaborées par l'organisme, aiderait à la plus rapide et plus complète des débris de la suppuration, du matériel cellulaire mort qui lui succède, et ne laisserait pas le temps au tissu fibreux de se développer outre mesure.

Citons dans le même ordre d'idées, la tentative de guérison des phlegmons en général par la congestion passive produite selon la méthode de Bier, à l'aide d'une bande de caoutchouc modérément serrée au-dessus de la zone phlegmoneuse.

TRAITEMENT

La perforation ne réclame qu'un traitement d'attente, si l'hémorragie est nulle ou insignifiante. Les injections vaginales chaudes et antiseptiques, les lavements chauds opiacés suffisent pour assurer l'antisepsie et combattre la menace d'avortement.

L'hématome constitué, on peut attendre, sous couvert de l'antisepsie, la résorption et se borner à faire des injections vaginales chaudes, ou bien, on peut agrandir l'orifice de pénétration, évacuer les caillots et tamponner la cavité.

Traitement de l'abcès et du phlegmon de la gaîne hypogastrique

Il ne faut pas attendre l'ouverture spontanée, mais évacuer le pus aussitôt que l'on constate sa formation ; l'ouverture spontanée pouvant se faire trop tard, en mauvais endroit ou être insuffisante.

Si des phlegmons ayant même envahi la paroi abdominale ont pu encore se résorber, cette résorption est le plus souvent insuffisante et incomplète.

Exception faite pour les abcès qui ont tendance à s'enkyster, il ne faut pas attendre et redouter l'extension de la suppuration, l'ouverture spontanée dans le péritoine, les accidents de septicémie.

Il faut donc inciser ou ponctionner la poche.

L'incision dans le cul-de-sac vaginal étant dangereuse, on peut se borner, surtout quand il existe déjà un orifice laissé par le traumatisme, à ponctionner dans cet orifice, à l'agrandir en écartant ses lèvres au moyen d'une pince que l'on introduit fermée dans la poche et que l'on retire ouverte.

Ce procédé qu'employèrent M. le Professeur Weiss et le Docteur Hamant, permet d'éviter de blesser le péritoine, l'uretère, les vaisseaux et d'assurer la sortie facile du pus et des caillots infectés.

Ce n'est qu'en cas de propagation du pus à distance ou de poche diverticulaire se vidant mal par la voie vaginale, que l'on fera une contr'ouverture : incision hypogastrique, iliaque, inguinale, incision à la cuisse, à la fesse.

Le pus évacué, un gros drain sera placé dans l'orifice de la poche et l'on fera de l'irrigation discontinue de la cavité au liquide de Dakin.

Un léger tamponnement à la gaze iodoformée maintient le tube de caoutchouc dans le vagin, empêche la paroi vaginale d'être souillée et irritée par le pus.

Le pansement est renouvelé chaque jour, et l'orifice dilaté à chaque pansement.

Un traitement convenable soutient l'état général, on peut recourir aux injections intra-veineuses de métaux colloïdaux, aux sérums spécifiques et donner un peu d'alcool et de quinquina.

Nous laissons de côté le traitement des abcès ouverts dans les organes autres que le vagin, parce que rares, et non susceptibles de compliquer la lésion qui nous occupe.

Sous l'influence du traitement, le liquide de suppuration devient moins odorant, plus fluide, les tissus se réparent, la poche se comble, les symptômes généraux s'améliorent.

Au bout de quelques jours, les pansements peuvent être espacés ; au bout de quinze jours, l'écoulement est minime, et dès que l'état général le permet, il y a intérêt à laisser la malade se lever. La position debout favorise le drainage de la plaie. Toutes ces indications ressortissent de l'Observation III.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

A. Guérin. — *Bul. Soc. Chirurgie,* 1866, p. 307.

Jeune femme chez laquelle on trouve dans le col une tumeur polypiforme. Je l'opérai le 7 juin ; elle est morte peu de jours après avec tous les symptômes d'une péritonite généralisée.

Je fus donc surpris de n'en point trouver trace à l'autopsie. Je puis par contre vous montrer :

1° Une infiltration de pus dans tout le tissu cellulaire du petit bassin.

2° Un abcès situé sous le cul-de-sac vésico-utérin. Le péritoine est parfaitement sain ; l'abcès peu volumineux communique par une perforation du tissu de l'utérus avec la cavité du col.

OBSERVATION II

Bandl. — *Deutsche Chirurgie Lief.* 59, p. 137.

X..., 37 ans, malade depuis neuf mois, meurt d'un carcinôme de l'utérus, pendant lequel il se forme un volumineux abcès du bassin.

La moitié droite du ventre était tendue, remplie par une tumeur dure, qui, s'étendant de la symphise aux côtes, se portait à gauche jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur était dure, douloureuse, immobile et mate. Le membre inférieur gauche était fléchi.

Autopsie. — A droite, le péritoine est soulevé par une tumeur grosse comme une tête d'homme, fluctuante, qui a soulevé le cœcum.

L'utérus et ses annexes, enveloppés de pseudo-membranes, sont repoussés à gauche et comme soulevés en dehors du bassin. Le ligament rond est tendu au-dessus de l'extrémité inférieure de la tumeur qui plonge dans le petit bassin.

A l'ouverture de la tumeur, il s'écoule d'abord un sérum floconneux, jaunâtre, puis gris-jaune, ensuite du pus, et enfin une masse brune contenant des particules osseuses. La cavité plongeait dans le petit bassin et envoyait des prolongements vers l'orifice du bassin et l'échancrure sciatique. Le fond de la cavité cotyloïde est perçu, et la tête du fémur pénètre dans l'abcès.

OBSERVATION III

(Prise dans le Service de M. le Professeur Weiss et due à l'obligeance de M. le Docteur Hamant, chef de clinique).

Le 29 avril, entrait dans le Service de M. le Professeur Weiss, une femme accompagnée de l'indication suivante : « Fausse-couche à son début succédant à une poussée appendiculaire aiguë ».

Madame M..., âgée de 35 ans est mère de deux enfants, un garçon de onze ans, une fillette de sept ans. Les deux accouchements survenus à terme furent simples et faciles, les suites de couches normales. Les règles régulières durent

six jours en moyenne. Les dernières, commencées le 27 février se terminent le 4 mars. Leur durée et leur abondance étaient normales.

Le 15 avril, M. M..., au retour de son travail, trouve sa femme au lit, se plaignant de gêne respiratoire, accusant une douleur vive dans tout le bas-ventre, mais particulièrement à droite, au niveau de la fosse iliaque.

Le médecin de la famille fut mandé. Le praticien constata l'existence d'une défense marquée à droite, sans grande élévation de la température. Il pensa à une appendicite à son début et prescrivit un traitement approprié (diète, application de glace loco dolenti).

Tous les signes alarmants s'amendèrent peu à peu, la température toutefois avait augmenté. Le thermomètre monte plusieurs fois près de 39°, mais oscillait le plus souvent aux environs de 38°. La glace, laissée en permanence jusque là, fut supprimée le 25 avril (10 jours après le début de la crise) ; l'alimentation, d'abord restreinte fut autorisée plus copieuse.

Le 27 avril, la malade accusa l'apparition de quelques pertes sanguinolentes. Etant donné l'arrêt des règles et la poussée appendiculaire récente, le médecin pensa à une fausse-couche à son début et conseilla les soins réguliers d'une sage-femme dont le rôle se borna du reste à donner quelques injections et des lavements opiacés.

Le 29 avril, les pertes devenant plus abondantes et fétides, la température ne descendant pas au-dessous de 38°5, la malade fut envoyée à l'hôpital.

A son entrée, cette femme se plaint d'être très fatiguée par son voyage, cependant fort court. Son faciès est blafard, le pouls petit à 110, la respiration un peu accélérée, température 38°8. Le ventre est souple, mais on sent encore à droite, très bas, un léger empâtement dans la fosse iliaque. Au toucher, on trouve dans le cul-de-sac latéral droit cette même masse qui occupe toute la partie latérale du vagin, masse assez dure, très fixée, peu douloureuse. Le col, gros, lisse, est repoussé vers la gauche. De ce côté,

le vagin est souple, libre. Le Douglas est libre. Malgré une légère résistance de la paroi, on sent le fond de l'utérus, à deux travers de doigts au-dessus du pubis.

Le doigt explorateur ramène des caillots sanguins d'odeur infecte, en même temps que s'écoule une sérosité poisseuse, jaunâtre, très fétide.

Pour compléter l'examen, on place un spéculum, on constate que le col, rosé, lisse, apparemment sain, ne laisse écouler qu'un mucus blanc, épais, adhérent, et que l'écoulement sanguin provient d'une autre origine. On remarque à deux centimètres à droite du col, l'existence d'un orifice régulier, circulaire, bordé d'une zône blanchâtre. Par une pression abdominale modérée, on fait suinter une grande quantité de sérosité mélangée à des caillots sanguins anciens déjà, très odorants.

On pense de suite, étant donné les caractères et le siège de cette plaie, à une perforation volontaire du vagin, ayant occasionné une hémorragie notable et une infection secondaire de l'hématome.

La malade, interrogée, nie tout traumatisme et paraît étonnée des constatations faites.

On introduit un hytéromètre par l'orifice vaginal et pénètre sans effort dans la cavité. On longe sans difficulté le corps de l'utérus que l'on perçoit très nettement. Latéralement on déplace sans gêne l'extrémité de l'instrument. Sans insister davantage, l'hytéromètre est remplacé par une pince qui, introduite fermée, est sortie ouverte, ce qui élargit sensiblement l'orifice et permet l'expulsion de nombreux caillots. La cavité est lavée prudemment au Dakin, sans pression. On place à l'orifice un gros drain maintenu en place par des mèches vaginées de gaze iodoformée, modérément tassées.

Chaque jour le pansement est refait, car très souillé. Très rapidement à l'écoulement séro-sanguinolent se substitua un suintement purullent qui, sous l'influence du Dakin, diminua rapidement.

Dès le deuxième jour, la température ne dépassait plus

38°5, l'état général redevenait bon. La malade fut cependant gardée au lit jusqu'à amélioration très nette de son état. La disparition de la température eut lieu le cinquième jour.

Après quinze jours, l'écoulement était minime. Comme l'orifice était maintenu béant, dilaté, à chaque pansement il n'y avait pas de rétention, d'autant moins que la malade était debout une grande partie de la journée : Madame M... quitte l'hôpital et reviendra tous les deux jours se faire panser.

Un mois après, tout était rentré dans l'ordre, l'empâtement complètement disparu, ainsi que les douleurs. La fistule était refermée et même il était difficile de retrouver son emplacement. Il existait à ce niveau une légère dépression, un peu froncée sur ses bords.

C'est alors que la malade fait enfin le récit suivant :

Au début d'avril, les règles n'apparurent pas. Inquiète de ce retard insolite dont elle prévoyait la cause, la malade se livra à une série de manœuvres externes anodines qui n'amenèrent naturellement aucun résultat. Se basant alors sur des données plus ou moins bien comprises, cette femme, le 15 avril, craignant l'ennui d'une nouvelle grossesse, fit l'emplette d'une longue canule en os, la plus petite poire à lavement remplie d'eau et de vinaigre, puis introduisit la canule dans le vagin. Elle l'enfonça au hasard, appuyant de toutes ses forces.

La douleur apparut si brusquement et si intense que la malade arracha l'instrument, et, en proie à une souffrance très vive, couverte de sueur, angoissée à l'extrême, se coucha. Elle fut trouvée quelques heures plus tard par son mari, améliorée, mais encore fort souffrante.

La malade a été revue au début de juillet. Elle est très bien portante. Les forces sont entièrement revenues. elle peut se livrer sans aucune fatigue à toutes ses occupations.

Vers le milieu de septembre, cette femme revient consulter. Quelques jours auparavant, elle a subi un traumatisme assez violent. Ménagère, elle lavait un plancher,

quand elle glissa sur le sol humide et se heurta rudement, en tombant, la partie inférieure de l'abdomen contre le rebord d'un seau. La douleur, très vive à l'instant, se calma peu à peu sans disparaître totalement. Deux jours après, la malade constata l'apparition de pertes séreuses. Cet écoulement peu abondant, mais qui continue, l'inquiète. Aussi vient-elle demander un avis.

Prévoyant l'origine de cet écoulement, on conseille à la malade son entrée à la Maternité ou à l'Hôpital, ou tout au moins son repos complet au lit. On lui fait une injection sous-cutanée de morphine et elle retourne chez elle.

On apprit par son médecin traitant que quelques jours après la femme avait fait un accouchement prématuré d'un enfant normal qui ne survécut pas. Après quelques jours, la malade reprit ses occupations.

En résumé, une femme désirant avorter, se perfore le vagin au niveau de la partie inférieure du ligament large. Il se forme un hématome qui suppure, guérit, sans que l'accouchement désiré se produise. Il ne s'effectue que quelques mois plus tard, à la suite d'un accident et l'enfant, malheureusement, quoique viable, meurt.

CONCLUSIONS

1° Les derniers procédés d'avortement provoqués sont bien connus du vulgaire.

2° Au cours de ces manœuvres destinées à ponctionner et à décoller l'œuf, on peut, par fausse route, embrocher un cul-de-sac vaginal et occasionner un hématome et la suppuration de la gaîne hypogastrique.

3° Le début de cet accident rappelle à s'y méprendre la péritonite généralisée, et peut attirer l'attention du médecin du côté de l'appendice, plutôt que de l'avortement, les renseignements étant systématiquement refusés.

4° Il y a nécessité de procéder à un examen complet et systématique chez toute femme accusant un retard de règles et présentant une affection pelvienne :

Le spéculum et le stylet étant la clef du diagnostic dans les accidents que nous venons d'étudier.

5° La grossesse n'est pas fatalement compromise du fait de la suppuration de la gaîne hypogastrique et évolue au contraire normalement dans le cas que nous avons signalé.

6° Le pronostic de la lésion semble avoir été favorisé par la grossesse concomitante, ou tout au moins la cicatrisation en a été plus rapide.

7° Le meilleur traitement est le drainage du pus par la voie vaginale.

Vu :
Nancy, le 13 janvier 1920.
Le Président de la Thèse,
Th. Weiss,

Vu :
Nancy, le 13 janvier 1920.
Le Doyen,
E. Meyer,

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 15 janvier 1920.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. Adam,
Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

Morel. — (Thèse de Paris, 1897).

Grépat. — (Thèse de Paris, 1834).

Ardouin. — Déchirures vagino-péritonéales (Thèse de Paris, 1889).

Martel. — Perforation du vagin à la suite de manœuvres faites en ville (*Archives de Tocologie*, janvier 1877).

Tuffier et Lévi. — (*Semaine Médicale*, 1895, pages 277-278).

Blot. — Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement (Thèse d'agrégation de Paris, 1853).

Velpeau. — De la contusion dans tous les organes (Thèse de professorat de Paris, 1835).

Gallard. — De l'avortement au point de vue médico-légal (Baillère, Paris, 1878).

Thoinot. — Précis de médecine légale.

Gibert. — Traité de médecine légale, pages 460, 461, 466.

Dubois (P.) et Devergie. — *Annales d'hygiène et de médecine légale* (1re série, t. XIX, p. 425).

Tardieu. — Etude médico-légale sur l'avortement, p. 59, 160, 161.

Frarier. — (Thèse de Paris, 1866).

Mégrat. — (Thèse de Strasbourg, 1867).

Lallement. — (Thèse de Paris, 1881).

Bandl. — (*Deutsche Chirurgie,* t. LXIX, p. 125).

Follin et Duplay. — Pathologie externe.

Bérard. — (Société Anotomique, 1834, p. 186).

Guérin (A). — Leçons cliniques.

West. — Leçons sur les maladies des femmes, p. 483.

Bernutz. — Conférences cliniques.

Bernutz et Goupil. — (*Archives de Tocologie,* 1874).

Vicchow's. — (*Archives,* 1862, t. XXIII, p. 415.

Jarjavay. — (Thèse de Paris, 1846, n° 46).

Delbet. — Des suppurations pelviennes chez la femme.

Poirier. — Lymphatiques des organes génitaux de la femme (Paris, 1890).

Tarnier et Budin. — Traité d'Obstétrique.

Forgue. — Précis de Pathologie externe.

Follin et Duplay. — Pathologie externe.

TABLE DES MATIERES

	PAGES
Introduction	5
Historique	8
Anatomie chirurgicale	10
Etiologie, Anatomie, Physiologie pathologique	12
Complications	18
Symptomatologie	20
Diagnostic	26
Pronostic	33
Traitement	37
Observations	40
Conclusions	46
Bibliographie	48

NANCY. — Imp. CRÉPIN-LEBLOND, 21, rue Saint-Dizier (passage du Casino)

IMPROBVS
OMNIA
VINCIT
LABOR